2. ABORDAREA CLINICĂ A PACIENTULUI CU BOALĂ RENALĂ

Pacienţii la care medicul generalist suspectează o nefropatie sunt adresaţi de regulă nefrologului pentru una din următoarele modificări patologice:

- hipertensiune arterială severă
- proteinurie
- creşterea creatininei serice şi/sau a ureei sangvine
- hematurie micro- sau macroscopică
- litiază renală sau infecţii urinare recidivante
- alte circumstanţe clinice

Consultaţia clinică nefrologică poate orienta diagnosticul spre: sindroame glomerulare, HTA reno-vasculară şi nefropatii vasculare, uropatii, insuficienţă renală acută sau cronică sau spre alte diagnostice. Pentru elucidarea diagnosticului se impun investigaţii complementare:

1. *examene biologice*: biochimia sângelui şi a urinii, hematologie, imunologie, explorări funcţionale renale;
2. *explorări imagistice*;
3. *examenul morfologic*, atunci când este indicat, realizat în urma biopsiei renale.

Evaluarea clinică a pacientului cu boală renală suspicionată sau confirmată reprezintă o veritabilă provocare pentru medicul practician, deoarece:

- simptomatologia reno-urinară este frecvent absentă/frustă
- frecvent simptomele sunt nespecifice
- deseori sunt prezente semnele şi simptomele unor boli sistemice
- durerea "renală" lipseşte în majoritatea bolilor renale

I. Anamneza

Anamneza reprezintă un element clinic esenţial în diagnosticul de fineţe al bolilor renale. Pacientul trebuie întrebat mai întâi asupra ***caracterului debutului*** manifestărilor patologice. Un debut ***acut*** este sugestiv pentru insuficienţa renală acută, glomerulonefrită acută, infecţii urinare. ***Debutul subacut*** al simptomatologiei se întâlneşte în glomerulonefrita rapid progresivă şi unele glomerulopatii secundare. În fine, debutul ***insidios*** apare de regulă în

insuficienţa renală cronică, multe glomerulopatii cronice, nefropatii tubulointerstiţiale cronice etc.

Care sunt elementele anamnestice importante în bolile renale? Sunt necesare anumite întrebări dirijate care să precizeze eventuale amănunte relevante pentru bolile renale.

- **Există antecedente personale de boală renală?**

Infecţiile urinare înalte frecvente sunt sugestive pentru nefropatie obstructivă sau eventual pielonefrită cronică. Glomerulonefrita acută în antecedente poate sugera un defect renal persistent. Prezenţa retenţiei azotate cu >3 luni în urmă este diagnostică pentru insuficienţa renală cronică.

- **Există antecedente de boală renală sistemică?**

Pacientul cu istoric îndelungat de diabet zaharat prezintă un risc crescut de nefropatie diabetică. Lupusul eritematos sistemic se complică frecvent cu nefropatie lupică.

- **A prezentat pacientul infecţii ale căilor respiratorii?**

Infecţii recente ale căilor respiratorii se asociază cu apariţia glomerulonefritei acute post-streptococice şi cu nefropatia cu IgA. Infecţiile respiratorii recidivante pot sugera imunitate redusă sau un status disimunitar.

- **Există istoric de colică renală?**

Pacientul formator de calculi poate prezenta insuficienţă renală acută obstructivă sau nefropatie obstructivă cronică. De asemenea, bolnavul litiazic poate avea modificări metabolice favorizante ale unor boli renale cronice (nefropatia hiperuricemică, hiperoxaluria).

- **Pacientul prezintă intoleranţă digestivă persistentă (inapetenţă, greaţă, vărsături, in special matinale)?**

Intoleranţa digestivă se întâlneşte în stadiile avansate ale insuficienţei renale cronice şi în insuficienţa renală acută severă.

- **Bolnavul prezintă astenie intensă, progresivă?**

Astenia intensă reprezintă un semn de insuficienţă renală cronică avansată, ca expresie atât a impregnării uremice, cât şi a sindromului anemic. Astenia se asociază în fapt cu orice boală renală sau sistemică severă.

- **Există antecedente de sindrom edematos?**

Sindromul edematos este sugestiv pentru istoricul de glomerulopatie acută sau cronică, precum şi pentru insuficienţa renală.

- **Există antecedente de hipertensiune arterială?**

HTA veche, chiar relativ uşoară, poate cauza nefroangioscleroza "benignă". HTA "malignă" poate produce insuficienţa renală acută ireversibilă. Istoricul de HTA severă (valori tensionale mari sau necesar de multiple antihipertensive în doze mari) este sugestiv pentru HTA secundară, de regulă reno-vasculară sau reno-parenchimatoasă. Hipertensiunea apărută la tânăr sau la vârstnic sugerează de asemenea HTA secundară.

- **Pacientul prezintă poliurie nocturnă persistentă?**

Poliuria nocturnă (a nu se confunda cu polakiuria nocturnă a prostaticului) este sugestivă pentru IRC moderată/avansată. Poliuria diurnă şi nocturnă se întâlneşte în faza poliurică a IRA.

- **A prezentat reduceri ale volumului urinar?**

Anuria brusc instalată sugerează o boală renală obstructivă. Oliguria rapid instalată poate indica insuficienţă renală acută. Oliguria progresivă se poate întâlni în glomerulonefrita acută şi IRC.

- **A prezentat modificări de culoare ale urinii?**
  - *hematuria macroscopică cu cheaguri* este sugestivă pentru o afecţiune urologică
  - *hematuria macroscopică intermitentă* poate fi întâlnită în nefropatia cu IgA
  - *urinile roşii-brune* pot fi o expresie a hematuriei macroscopice, dar şi a hemoglobinuriei sau mioglobinuriei masive
  - *urina spumoasă* poate fi întâlnită în sindromul nefrotic
  - *urina tulbure*, fetidă, este caracteristică infecţiilor urinare
  - *urina matinală decolorată* sugerează un defect de concentraţie (IRC, nefropatii tubulo-interstiţiale, tubulopatii ereditare, diabet insipid)
  - *prezenţa fragmentelor tisulare* în urină indică prezenţa necrozei papilare

- **Pacientul prezintă tulburări micţionale?**

Polakiuria şi micţiunea dureroasă sunt sugestive pentru o infecţie urinară joasă sau înaltă. Disuria, incontinenţa urinară, micţiunea imperioasă pot fi întâlnite în afecţiuni prostatice şi vezicale, multe dintre acestea cu potenţial răsunet asupra rinichilor.

Anamneza familială este deosebit de importantă la pacientul renal. Următoarele elemente anamnestice trebuie urmărite în mod special la pacientul cu afecţiune renală:

- **Există istoric de IRC la rudele de gradul I?**

Subiecţii cu rude apropiate care au IRC prezintă de asemenea risc crescut de disfuncţie renală cronică, chiar în absenţa unei afecţiuni genetice patente.

- **Există istoric familial de boală polichistică renală – forma autosomal dominantă?**

Prezenţa acestui istoric la unul dintre pacienţi conferă un risc de transmitere de 50%. Uneori, pacientul cu boală polichistică poate preciza doar că unul dintre părinţi/fraţi a decedat printr-o boală renală. În alte cazuri, bolnavul actual îşi aminteşte că unul dintre părinţi a decedat prin accident vascular cerebral hemoragic, în contextul unor valori tensionale mari.

- **Pacientul are fraţi/părinţi cu glomerulopatii?**

Există o predispoziţie familială pentru glomerulopatii, explicabilă prin susceptibilitatea pentru disimunitate.

- **Există un istoric familial de diabet zaharat?**

Atât DZ de tip 1, dar mai ales cel de tip 2 la un subiect conferă un risc crescut de boală diabetică la descendenţii direcţi. Mai mult, predispoziţia pentru nefropatie diabetică este şi ea determinată într-o măsură importantă de factori genetici.

- **Există un istoric familial de ateroscleroză precoce?**

Ateroscleroza precoce familială nu reprezintă doar un factor de risc major pentru morbiditate şi mortalitate cardiovasculară, ci şi pentru afectare renală aterosclerotică (stenoză de arteră renală şi, consecutiv, nefropatie ischemică).

Anamneza privind terapii medicamentoase anterioare

Cunoaşterea amănunţită a medicaţiei cronice şi a celei recente este esenţială pentru conturarea diagnosticului afecţiunii renale, precum şi pentru managementul ulterior al

cazului. Ca urmare, este necesară o anamneză atentă, insistentă, reluată în timp, precum şi consultarea amănunţită a documentaţiei medicale anterioare a pacientului (bilete de iesire, reţete, buletine de analize). Care sunt situaţiile în care anamneza privind medicaţia sunt relevante pentru o boală renală?

- Istoric recent de tratament îndelungat cu ***aminoglicozide*** (>6 zile), mai ales cu doza neadaptată funcţiei renale – sugestiv pentru IRA (necroza tubulară acută prin mecanism toxic direct)
- Istoric recent de tratament antibiotic ambulator sau intraspitalicesc cu derivaţi de ***peniciline, cefalosporine, chinolone***, însoţit de IRA şi, eventual, de manifestări alergice cutanate – sugerează nefrita interstiţială acută alergică
- Consum recent de ***AINS***, mai ales la vârstnici, diabetici şi hipertensivi, pacienţi cu IRC preexistentă, în special când se asociază deshidratarea şi/sau tratament cu IECA/sartani/diuretice – frecvent această situaţie duce la IRA funcţională sau la necroza tubulară acută.
- Consum cronic (ani de zile), constant (zilnic), în cantităţi mari (doza cumulativă 2-7 kg) de ***analgezice, AINS sau combinaţia acestora*** – frecvent, această situaţie duce la nefrita interstiţială cronică (nefropatie analgezică).
- Tratament recent cu ***citostatice***: cisplatina cauzează nefrotoxicitate tubulară directă (necroza tubulară acută); sindromul de liză tumorală care eventual urmează tratamentului cu citostatice determină de asemenea NTA.
- Necesitatea administrării de multiple (cel puţin trei) clase de antihipertensive în doze mari, fără a se obţine un control tensional adecvat, sugerează HTA secundară reno-parenchimatoasă sau reno-vasculară.

Anamneza ocupaţională

- *Expunerea cronică la plumb sau mercur* este sugestivă pentru nefropatie interstiţială cronică, cauzată de aceste elemente grele.
- *Expunerea la hidrocarburi* se asociază cu o incidenţă crescută a glomerulonefritei rapid progresive.

- Prezenţa IRA severe, însoţită de acidoză metabolică severă, în special la un pacient etilic cronic, sugerează fie *intoxicaţie cu etilenglicol* (antigel), fie cu *metanol* (ingestie de alcool industrial).
- *Lucrul prelungit în frig* favorizează infecţiile urinare, în special la femei.
- *Profesiile sedentare şi dieta hipercalorică* favorizează ateroscleroza generalizată, incluzând nefropatia ischemică.

II. Examenul fizic

Examenul fizic general.

- ***Starea generală alterată*** se întâlneşte atât în IRC avansată, cât şi în IRA severă. De asemenea, orice boală sistemică severă cu afectare renală se poate însoţi de alterarea stării generale (diabet zaharat decompensat, LES activ, mielom multiplu, vasculită sistemică etc).
- ***Modificările cutanate*** sunt frecvente în bolile renale. Paliditatea teroasă este specifică sindromului uremic din IRC avansată. Pielea este uscată, cu pliu cutanat persistent la pacientul deshidratat cu IRA sau cu IRC. Pacientul cu uremie cronică prezintă frecvent escoriaţii cutanate datorită pruritului uremic. Atât în IRC avansată, cât şi în IRA severă se observă frecvent peteşii şi echimoze ca expresie a tulburărilor de coagulare. Erupţii purpurice se mai întâlnesc în vasculitele sistemice, nefrita interstiţială acută imun-alergică, colagenoze, purpura Henoch-Schoenlein, purpura trombotică trombocitopenică etc.
- ***Modificările ţesutului subcutanat.*** Ţesutul subcutanat este frecvent slab reprezentat la pacienţii cu afecţiuni renale cronice severe (IRC avansată cu malnutriţie). Modificări asemănătoare se constată în glomerulopatii secundare neoplaziilor sau altor afecţiuni sistemice severe. Pacientul obez cu sindrom nefrotic prezintă frecvent nefropatie diabetică sau glomeruloscleroză focală şi segmentală.
- ***Edemele*** sunt frecvente în bolile renale**.** Ca urmare, la orice pacient edematos trebuie realizat diagnosticul diferenţial cu alte cauze majore de edeme (boli cardiace, hepatice, endocrine, venoase). Mai mult, pacientul cu edeme cardiace sau hepatice poate prezenta disfuncţie renală semnificativă (IRA sau IRC în insuficienţa cardiacă congestivă, sindrom hepato-renal în ciroza hepatică).

Edemele renale tipice sunt simetrice, albe, moi (lasă godeu), fiind caracteristice pentru sindromul nefrotic. De asemenea, pacientul cu IRA sau IRC hiperhidratat prezintă sindrom edematos, mergând de la edeme discrete până la anasarcă. Edemele asimetrice sugerează tromboza venoasă profundă (sindrom nefrotic sever, pacient cu afecţiune renală severă, imobilizat la pat).

- Prezenţa ***ganglionilor palpabili*** sugerează fie o infecţie (streptococică, sifilitică, tuberculoasă, virală – citomegalovirus etc.), fie o neoplazie (asociată cu glomerulopatie secundară, IRA prin sindrom de liză tumorală etc).
- ***Ţesutul muscular*** este slab reprezentat la pacientul malnutrit cu afecţiune renală şi/sau sistemică severă şi îndelungată. Hipotrofia musculară se poate întâlni şi în colagenoze (polimiozită) şi la pacientul cu tratament corticosteroid îndelungat (glomerulopatii primitive, nefropatie lupică, vasculite sistemice, glomerulonefrită rapid progresivă). Ţesutul muscular dureros, edemaţiat se întâlneşte în sindromul de strivire ("crush-syndrome"), însoţit de rabdomioliză masivă şi IRA mioglobinurică.
- ***Aparatul osteo-articular.*** Dureri osteoarticulare difuze, însoţite sau nu de calcificări periarticulare, se întâlnesc frecvent la pacientul cu IRC terminală tratat timp îndelungat prin dializă cronică. Osteonecroza aseptică de cap femural, cu impotenţă funcţională, se constată în special la pacienţii renali cu istoric de tratament îndelungat cu corticosteroizi în doze mari. Poliartralgiile sunt frecvente la pacientul cu nefropatie lupică. Semnele celsiene prezente în special la nivelul halucelui (în cadrul atacului de gută) pot sugera coexistenţa unei nefropatii hiperuricemice.

Deformările articulare se întâlnesc la pacientul cu poliartrită reumatoidă. Prezenţa modificărilor artrozice la un pacient cu disfuncţie renală sugerează consumul acut sau cronic de antiinflamatoare nesteroidiene (cauză importantă atât de IRA, cât şi de nefropatie analgezică).

Examinarea coloanei vertebrale lombare este utilă în special pentru diagnosticul diferenţial între o afecţiune vertebrală şi una renală (infecţie urinară, nefropatie obstructivă).

- ***Aparatul respirator.***

Colecţiile pleurale sunt fie expresia sindromului edematos sever (anasarca), fie a unei boli sistemice cu coafectare renală. *Infecţiile respiratorii* se asociază cu glomerulonefritele

acute, nefropatia cu IgA, dar şi cu orice situaţie însoţită de imunitate redusă (insuficienţa renală acută sau cronică, tratament imunosupresiv, boli sistemice). La pacientul renal imunodeprimat, infecţia respiratorie *specifică* (tuberculoza pulmonară) este semnificativ mai frecventă în comparaţie cu populaţia generală. În cazul pacienţilor transplantaţi renal, pneumopatia interstiţială acută asociată citomegalovirozei poate evolua cu insuficienţă respiratorie. *Hemoptiziile* sunt întâlnite în sindromul pulmo-renal (boala Goodpasture, vasculita sistemică, edem pulmonar acut la un pacient cu IRA sau IRC, supradozare de anticoagulante la un pacient cu sindrom nefrotic şi disfuncţie renală etc). Semnele şi simptomele de *tromboembolism pulmonar* se întâlnesc la pacienţi cu risc trombotic mare (sindrom nefrotic sever, afecţiune renală severă, debilitantă, sindromul anticorpilor anti-cardiolipinici). *Insuficienţa respiratorie acută* este frecventă la pacientul cu IRA severă, în cadrul insuficienţei multiple de organ. Pe de altă parte, infecţiile pulmonare cronice pot cauza amiloidoza sistemică secundară, de regulă cu afectare renală.

- ***Aparatul cardiovascular***

Pacientul cu insuficienţă renală cronică prezintă extrem de frecvent *comorbidităţi cardiovasculare, disfuncţia renală cronică fiind un factor de risc în sine, cu un impact prognostic mai important decât factorii de risc "clasici" precum dislipoproteinemia, HTA sau fumatul*. Aceste comorbidităţi pot fi cauza disfuncţiei renale cronice (ateroscleroza generalizată, insuficienţa cardiacă congestivă), sau sunt un rezultat al uremiei cronice.

- *Insuficienţa ventriculară stângă*, cu toate semnele şi simptomele caracteristice, este frecventă la pacientul hiperhidratat cu IRA sau IRC, în special dacă este oliguric/anuric şi dacă asociază HTA severă. Mai mult, pacientul prezentând semne şi simptome de insuficienţă cardiacă congestivă globală prezintă deseori disfuncţie renală (acută sau cronică).
- *Hipertensiunea arterială* necesită o atenţie deosebită la pacientul renal, fiind un factor major de progresie a disfuncţiei renale, precum şi un factor de risc cardiovascular important la un subiect care prezintă deja un risc foarte ridicat. Măsurarea frecventă (de două ori pe zi) a TA este obligatorie la majoritatea pacienţilor renali internaţi. Pacienţii renali prezintă frecvent abolirea ritmului circadian fiziologic al TA, cu valori tensionale asemănătoare sau chiar mai mari în cursul nopţii, în comparaţie cu

valorile tensionale diurne. De asemenea, este importantă măsurarea TA în ortostatism, în vederea decelării hipotensiunii ortostatice, expresie subtilă a deshidratării (IRA, IRC) sau a neuropatiei vegetative (IRC în stadiul terminal, însoţită sau nu de diabet zaharat).

- Pacientul cu insuficienţă renală prezintă frecvent *aritmii* importante/maligne (extrasistolie ventriculară, episoade de tahicardie ventriculară, fibrilaţie atrială paroxistică sau cronică), fie ca expresie a diselectrolitemiei, fie datorită afectării cardiace severe.
- *Frecătura pericardică* este relativ frecvent întâlnită la pacientul cu IRC avansată, prezentat tardiv la medic. Prezenţa frecăturii pericardice reprezintă un semnal de alarmă, necesitând iniţierea de urgenţă a hemodializei. În absenţa acesteia, pericardita uremică evoluează spre tamponadă pericardică (puls paradoxal, insuficienţă ventriculară dreaptă acută).

- ***Aparatul digestiv***

Afecţiunile digestive sunt frecvente la pacientul renal. *Simptomatologia dispeptică de tip ulceros* se întâlneşte deseori la pacientul cu retenţie azotată majoră (ulcere peptice datorită gastritei uremice). Pacientul cu boală renală prin disimunitate (glomerulopatii cronice) în tratament cu corticosteroizi poate de asemenea prezenta simptomatologie ulceroasă.

Hepatita cronică se asociază cu mai multe boli renale. Infecţiile cu virus hepatitic B sau C determină glomerulopatii secundare. În unele cazuri se asociază manifestări cutanate şi sistemice de tip vasculitic (crioglobulinemie secundară infecţiei cu virus hepatitic C). Mai mult, la pacientul cu IRC terminală tratat prin dializă se constată o frecvenţă crescută a infecţiilor cu virusuri hepatitice (risc crescut de infecţie prin prezenţa circuitului extracorporeal de hemodializă, imunitate redusă şi, eventual, transfuzii de sânge). Ca urmare, examenul clinic al ficatului şi splinei trebuie efectuat atent la pacientul renal. Pacienţii cu semne de decompensare hepatică (parenchimatoasă şi/sau vasculară) şi oligurie/retenţie azotată pot dezvolta sindrom hepato-renal.

- ***Aparatul renal***

Rinichii se pot de obicei palpa adecvat doar la persoanele slabe. Durerea la palparea rinichilor sugerează o infecţie urinară înaltă şi/sau obstrucţie. Prezenţa unor mase globuloase, policiclice, în fosele iliace sugerează prezenţa bolii polichistice renale. Punctele ureterale dureroase indică prezenţa unei obstrucţii. În majoritatea bolilor renale însă, nu este prezentă simptomatologia algică.

La pacientul renal se va monitoriza atent şi sistematic *diureza*, notându-se modificările de volum, culoare, miros (inspecţia vizuală a urinii de către medic este obligatorie).

- ***Aparatul genital***

Infecţiile genitale (vaginite, anexite etc) favorizează infecţiile urinare. Neoplasmele genitale se pot manifesta ca sindrom edematos (sindrom nefrotic secundar) sau pot determina anurie/nefropatie obstructivă. Ca urmare, examenul ginecologic (inclusiv al sânului şi ganglionilor axilari) este obligatoriu la pacienta cu afecţiune renală şi cu simptomatologie sugestivă. Simptomatologia prostatică, în prezenţa disfuncţiei renale şi/sau a infecţiei urinare sugerează obstrucţia căilor urinare. Tuşeul prostatic este obligatoriu la pacientul vârstnic cu afecţiune renală.

- ***Organele de simţ.***

Surditatea este prezentă la pacientul cu anumite afecţiuni renale genetice, cum ar fi sindromul Alport. Tulburările de vedere sugerează prezenţa retinopatiei diabetice sau a celei hipertensive.

- ***Sistemul nervos***

Pacientul cu retenţie azotată majoră poate prezenta tulburări psihice mergând de la dificultăţi de concentrare până la coma uremică. Convulsiile şi coma pot fi manifestarea unor tulburări diselectrolitemice severe (în special hipo- şi hipernatremia asociată cu IRA).

Pacientul cu uremie cronică poate prezenta semne şi simptome de *neuropatie senzorială* (arsuri, sindromul "picioarelor neliniştite") şi/sau *motorie*. Frecvent, aceste manifestări clinice provoacă depresie.

Neuropatia uremică vegetativă se manifestă prin hipotensiune ortostatică, tahicardie, inversarea ritmului circadian fiziologic al TA, tulburări de tranzit intestinal, tulburări micţionale. Tulburările neuropatice sunt mai pregnante în cazul asocierii neuropatiei diabetice şi/sau etanolice. Prezenţa *mononeuropatiilor multiple* sugerează o afecţiune vasculitică.

În concluzie, pacientul renal necesită o anamneză riguroasă şi un examen fizic foarte atent, cuprinzând totalitatea aparatelor şi sistemelor. Manifestările clinice ale bolilor renale sunt polimorfe, evidenţiindu-se numeroase manifestări la nivelul diverselor organe şi sisteme. Aceasta se datorează atât frecvenţei crescute a afectării renale în boli cu răsunet sistemic, precum şi complicaţiilor multiple ale bolilor renale acute sau cronice. Frecvent, simptomatologia "renală" tipică este absentă, frustă sau nespecifică, reprezentând o provocare pentru clinician în perspectiva unui diagnostic corect şi complet al afecţiunii renale.

Bibliografie

- Berhand Y, Dussol B. Nephrologie, Elsevier Paris 1999
- Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS (eds). Handbook of Dialysis (4th ed). Lippincott, Philadelphia 2005.
- Johnson RJ, Feehally J (eds). Comprehensive Clinical Nephrology (2nd ed). Mosby, Edinburg 2003
- Risler T, Mueller GA, Rosendahl W. Therapieschemata Nephrologie (2nd ed). Urban & Schwarzenberg, Muenchen 1997
- Ungureanu G, Covic M. Terapeutica medicală, Polirom, Iaşi 2000